**Informe sobre cumplimiento de sesiones asistidas por usuarios**

Manta, fecha

Médico del Departamento de Bienestar Estudiantil

De mi consideración:

Informo a usted el detalle de sesiones asistidas por los usuarios sometidos a tratamientos en el Area de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por tal razón pongo a su conocimiento un cuadro con los nombres de los usuarios que asistieron a sesiones desde el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hasta el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A continuación se detalla la asistencia de los usuarios.

1. **Cuadro con nombres de usuarios y número de sesiones de tratamiento**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Usuario** | **Sesiones planificadas** | **Sesiones asistidas** | **Sesiones no asistidas** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Atentamente,

Nombre

Responsable del Área de Fisioterapia/Nutrición/Odontología